

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 31 août 1855,

PAR PIERRE-AUGUSTIN-EDMOND FOSSARD,

Né à Lillebonne (Seine-Inférieure),

Bachelier ès lettres, bachelier ès sciences.

Ex-élève externe des hôpitaux et hospices civils de Paris,

Élève de l'École pratique,

Chirurgien aide-major stagiaire à l'École impériale de médecine et de pharmacie
militaires du Val - de - Grâce.

DE

L'ORCHITE TUBERCULEUSE.

PARIS,

IMPRIMERIE DE L. MARTINET,

RUE MIGNON, 2.

1855.

1855. — Fossard.

B



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie.	DENONVILLIERS.
Physiologie.	BÉRARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale.	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Pharmacie.	SOUBEIRAN.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale.	{ DUMÉRIL.
	{ N. GUILLOT, Président.
Pathologie chirurgicale.	{ GERDY.
	{ J. CLOQUET.
Anatomie pathologique.	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	ANDRAL.
Opérations et appareils.	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale.	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en cou- ches et des enfants nouveau-nés	{ MOREAU.
	{ BOUILLAUD.
	{ ROSTAN.
Clinique médicale.	{ PIORRY.
	{ TROUSSEAU.
	{ VELPEAU.
Clinique chirurgicale.	{ LAUGIER.
	{ NÉLATON.
	{ JOBERT DE LAMBALLE, Examinateur.
Clinique d'accouchements.	P. DUBOIS.
Secrétaire, M. AMETTE.	

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. LECONTE.
BECQUEREL.	ORFILA.
BOUCHUT, Examinateur.	PAJOT.
BROCA.	REGNAULD.
DELPECH.	RICHARD.
DEPAUL.	RICHET, Examinateur.
FOLLIN.	ROBIN.
GUBLER.	ROGER.
GUENEAU DE MUSSY.	SAPPEY.
HARDY.	SEGOND.
JARJAVAY.	VERNEUIL.
LASÈGUE.	VIGLA.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

Regrets éternels !

A MA MÈRE.

Amitié filiale.

A MES FRÈRES,

A MA SOEUR HONORINE.

A MON BEAU-FRÈRE HENRY.

A MON AMI JOSEPH BARBIER,

Pharmacien droguiste,

Membre de la Société impériale et centrale d'horticulture.

P.-A.-E. FOSSARD.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A M. LE BARON CORVISART.

A M. LUCIEN CORVISART,

Médecin par quartier de la maison de l'Empereur ,
Chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

A M. LE BARON LARREY,

Médecin principal en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce,
Officier de l'ordre de la Légion d'honneur ,
Membre de l'Académie impériale de médecine,
Professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce ,
Chirurgien de S. M. l'Empereur,
etc., etc.

P.-A.-E. FOSSARD.

Je prie MM. Gerdy, Richet, Delpech, Michon, Nonat, Godelier,
professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce, de recevoir toute ma
gratitude pour l'instruction qu'ils ont bien voulu me donner.

DE

L'ORCHITE TUBERCULEUSE.

Lorsqu'on étudie une question quelconque, on est frappé de la dissemblance qui existe souvent entre les faits observés et tout ce qui a été écrit sur le même sujet. Cependant on se laisse souvent entraîner par les auteurs recommandables qui donnent l'appui de leur nom à ces faits et qui, en somme, s'expliquent tous à peu près de la même manière.

Ces réflexions m'ont été suggérées en lisant ce qui a été dit sur la question que j'ai résolu de décrire, c'est-à-dire sur l'orchite tuberculeuse.

Il existe, dans les ouvrages, des descriptions regardées comme classiques, qui me semblent cependant être loin de la vérité, et, pour s'en convaincre, il suffit de lire les auteurs et les observations qui se trouvent à la fin de cette thèse.

Cependant, l'histoire exacte des symptômes présentés par cette affection serait de la plus grande utilité et permettrait au chirurgien de porter sûrement l'instrument là où il ne le fait encore qu'en tremblant, et quelquefois sans être sûr de ce qu'il va faire.

Cette thèse aura donc pour but : 1° de faire l'histoire abrégée, mais substantielle, de l'orchite tuberculeuse ; 2° de chercher à établir, d'une

manière aussi nette que possible, le diagnostic différentiel des tumeurs ayant pour siège le testicule.

Pour le faire, je laisserai un peu de côté tout ce qui a été déjà fait, et je décrirai ce que j'ai noté par moi-même, ou ce que j'ai puisé dans les bonnes leçons de mes maîtres.

Mes recherches porteront donc : 1° sur mes observations ; 2° sur celles empruntées aux cliniques que j'ai suivies, c'est-à-dire celles de MM. H. Larrey, Michon, Ricord et Velpeau. Mais avant d'entrer en matière, il faut faire une remarque : si les observations, que j'ai été à même de constater et que je n'ai pas prises moi-même, vu que je savais que des plumes plus habiles que la mienne prenaient ce soin, sont très utiles, elles le sont surtout pour les auteurs qui s'en sont servis, et qui semblent négliger un peu trop les détails, détails peu nécessaires pour eux, mais très utiles pour d'autres.

S'il m'est permis d'avoir une opinion, je dirai, avec l'école de M. Louis, qu'il n'y a qu'une manière de prendre les observations : c'est celle qui consiste à ne rien négliger, même lorsque l'intention de l'auteur qui les publie n'est que de démontrer un fait.

En résumé, j'ai trouvé un grand nombre d'observations de testicules tuberculeux, et parmi toutes ces dernières, je n'ai pas rencontré tous les éléments nécessaires pour sa description.

Il m'a paru indispensable d'indiquer dans quelle voie j'entrais, de manière à bien démontrer que mon intention n'est pas de faire une simple compilation, qui ressemblerait à tout ce qui a été déjà fait, mais à chercher à tracer, d'après mes propres remarques prises sur nature, la série des phénomènes qui sont le résultat du développement de ce produit morbide dans l'intérieur du testicule.

Peut-être trouvera-t-on de nombreuses omissions, des erreurs même dans ce que je vais soumettre aux yeux du lecteur ; mais, lors même que ce travail n'avancerait que peu la question, il démontrera deux faits assez importants : 1° la manière incomplète dont cette question a été traitée ; 2° la possibilité de mieux la traiter avec des matériaux con-

venables. Il pourra donc en résulter d'autres recherches, qui amèneront sûrement des résultats.

Tout d'abord une grande question se présente : c'est celle de savoir si les gens atteints d'orchite tuberculeuse sont plus frappés que les autres de phthisie pulmonaire. Tous les auteurs sont loin d'être d'accord sur cette question. M. Vidal (de Cassis) semble même dire que l'existence des tubercules dans d'autres parties que le testicule est assez rare comme fréquence, que c'est l'exception au lieu de la règle. Sur plusieurs malades, que j'ai observés dans le service de M. Michon, on n'a pas trouvé, il est vrai, trace de tubercules dans la poitrine, et ils sont sortis présentant les signes d'une santé parfaite. Mais cependant, dans la plupart des observations qui se trouvent dans les différents recueils périodiques et à la fin de cette thèse, on a constaté les signes de la tuberculisation pulmonaire. Parmi les observations que j'ai choisies, il s'en trouve même qui donnent beaucoup à réfléchir. Exemple : « Un individu atteint d'orchite tuberculeuse est opéré ; avant » l'opération, la poitrine, examinée avec le plus grand soin, ne fit » constater aucun trouble ; les antécédents de cet homme sont parfaits. » On le garde, après l'opération, quelque temps à l'hôpital, et l'on ne » tarde pas à voir se développer une phthisie galopante qui le conduit » en peu de temps au tombeau. » Ainsi, de ce fait, il semble résulter qu'il existe un certain rapport entre cette variété de tubercules et celle que l'on trouve dans les poumons. Il semblerait aussi résulter de ce fait, qu'il ne faut peut-être pas trop se presser d'enlever les testicules tuberculeux, ainsi que le conseillait Delpech, puisque cela facilite le développement de la diathèse tuberculeuse.

On pourra m'opposer les malades soignés par M. Michon et par d'autres chirurgiens, mais j'objecterai qu'une fois hors de l'hôpital, on ne sait ce qu'ils deviennent, et qu'ainsi on ne peut savoir si, après un certain laps de temps, la phthisie pulmonaire ne s'est pas développée.

D'après tous ces faits, il est difficile de ne pas admettre au moins

comme prédisposant aux tubercules pulmonaires l'orchite tuberculeuse ; mais on a été plus loin , on a été jusqu'à nier la nature de la maladie et dire que ce que l'on prenait pour des tubercules n'en était pas. Malheureusement le microscope, qui est très utile lorsqu'on n'en abuse pas, est venu démontrer de la manière la plus patente, la fausseté de cette opinion. L'illustre micrographe, M. Lebert, a examiné avec le plus grand soin plusieurs tumeurs testiculaires réputées tuberculeuses, et il les a trouvées présentant des caractères identiques avec ceux du tubercule pulmonaire. D'autres auteurs ont été amenés à rejeter la nature tuberculeuse de certains testicules, par cette vue théorique que presque jamais on n'a vu se développer des tubercules dans les organes parenchymateux ; mais je ferai observer que le poumon en est un, et que c'est là qu'ils se développent le plus souvent ; ainsi il est impossible de ne pas admettre l'identité des tubercules pulmonaires et celle des testicules ; il est impossible aussi de ne pas reconnaître que ces produits se forment dans les deux cas par la même cause, par la même influence générale. Puisque, comme nous l'avons déjà vu, lorsqu'on ne trouve pas trace de tubercules dans la poitrine, on les voit apparaître tantôt presque immédiatement après l'ablation de la tumeur, tantôt très longtemps après. Maintenant que j'ai émis mes idées sur la cause prochaine des tubercules testiculaires, il me reste à déterminer, 1° le siège le plus ordinaire de l'affection, 2° sa fréquence.

Quant au siège, il est très variable. Dans l'observation que M. Judée a bien voulu me communiquer, il est dit que l'épididyme présentait un ramollissement plus grand que le corps ; chez d'autres malades, que j'ai pu observer, l'affection présentait un degré plus avancé au niveau de ce corps que partout ailleurs. Ces quelques faits tendraient donc à faire croire que l'affection a surtout pour siège l'épididyme et commence ordinairement par lui ; cependant ces derniers ne sont pas en assez grand nombre pour faire poids dans la balance, et, jusqu'à nouvel ordre, je me rangerai à l'idée de M. H. Larrey, qui regarde

souvent le corps comme le point de départ des tubercules testiculaires. Je ferai, d'un autre côté, observer que M. Ricord partage la première manière de voir, et va jusqu'à établir cette loi, à savoir que, lorsqu'il y a des tubercules dans d'autres parties des voies séminales, il y en a toujours dans l'épididyme. Dans ce corps, il est vrai, il y a une partie qui semble être le siège de prédilection des tubercules ; c'est le point correspondant au réseau de Haller, et qui semble avoir des connexions intimes avec le corps d'Higmore. La masse tuberculeuse est réunie en larges plaques, de manière à former les deux tiers du testicule. Le tissu propre de cette glande semble avoir entièrement disparu, et être remplacé par ce nouveau produit morbide. Telles sont les portions le plus souvent atteintes. Il me reste à savoir si l'affection siège plutôt à droite qu'à gauche. Cette question ne me paraît que de peu d'importance. Toutefois je crois qu'elle se développe indistinctement d'un côté ou d'autre, quoique plusieurs auteurs prétendent qu'elle prend naissance plus souvent à gauche. Enfin, quelquefois l'affection se développe dans les deux glandes.

Définition. Cette affection a été désignée tour à tour sous les noms d'*orchite chronique*, d'*engorgement tuberculeux*, de *sarcocèle tuberculeux*, de *testicule tuberculeux*. Je lui donne le nom d'*orchite tuberculeuse*, comme indiquant à la fois sa nature inflammatoire et chronique.

Causes. — D'après ce que je viens de dire, la cause prédisposante de cette affection est donc la diathèse tuberculeuse, qui souvent ne peut pas réussir à se faire jour, mais qui, lorsqu'elle peut se frayer un chemin sous l'influence de causes connues ou inconnues ne tarde pas à faire ses ravages. Quant aux causes déterminantes, elles sont nombreuses ; ce sont, d'après MM. Bégin, Ricord, H. Larrey, les chutes, les excès vénériens, les exercices violents, causes qui les déterminent souvent chez nos soldats, la gymnastique, l'équitation, les coups, et enfin l'orchite blennorrhagique qui, je crois, en est la prédisposition la plus commune ; ces causes ne déterminent pas la maladie par elles-

mêmes, mais elles semblent placer les testicules dans des conditions telles que l'influence tuberculeuse n'a plus qu'à agir pour mener à bonne fin son œuvre de destruction, autrement dit, elles préparent les voies au tubercule. A la suite de tous ces accidents, il survient un peu d'inflammation, ce qui explique pourquoi j'ai donné, à l'exemple de M. H. Larrey, le nom d'orchite tuberculeuse au testicule tuberculeux, cherchant à exprimer ainsi les deux caractères les plus importants de la maladie qui nous occupe.

Pendant il ne faut pas s'illusionner : souvent on ne trouve aucune cause déterminante pouvant expliquer la production de ce produit nouveau; et ici nous n'émettons pas une opinion qui nous est propre, mais celle de quelques chirurgiens et de M. H. Larrey lui-même, qui n'admet toutefois une semblable idée qu'avec beaucoup de restriction.

Symptômes. — J'arrive maintenant à l'histoire de la maladie, et, pour la faire, j'emploierai les matériaux que j'ai recueillis moi-même. Quand l'affection survient à la suite d'une cause traumatique, on voit l'organe augmenter presque aussitôt de volume, sa consistance devenir plus considérable, la moindre pression être accompagnée d'une douleur plus ou moins vive, la coloration de la peau des bourses paraît rougeâtre. Au bout de quelques jours, en général, ces symptômes disparaissent presque par enchantement, et il ne reste plus alors que le gonflement et la douleur due au poids trop considérable du testicule; car, si le malade a soin de porter un suspensoir et de garder le repos, elle devient tantôt beaucoup moins forte, tantôt disparaît complètement. Lorsque la maladie ne se présente pas sous forme d'orchite parenchymateuse, voici ordinairement les symptômes que l'on observe : tout à coup apparaît une tuméfaction plus ou moins considérable qui va pendant quelques jours en augmentant; elle acquiert ainsi en peu de temps le volume qu'elle doit avoir, pendant sa durée, depuis le début de la tumeur jusqu'à sa disparition complète par un moyen quelconque. Cette tuméfaction est accompagnée d'une douleur qui est

continue et qui n'est pas plus forte dans un moment que dans un autre, si le malade ne se place pas dans les conditions énumérées plus haut. Lorsqu'il garde le repos, elle est à peine appréciable ; la toux, l'éternument l'augmentent ; il en est de même de la pression ; j'insiste sur ce dernier symptôme, parce qu'il nous servira à l'article *Diagnostic* pour distinguer l'orchite tuberculeuse du sarcocèle cancéreux ; ce signe, que l'on regarde généralement comme peu important, l'est beaucoup ici à cause des difficultés du diagnostic entre ces deux affections. Il y a encore un signe, qu'il faut noter avec soin, c'est le volume constant présenté par le testicule tuberculeux pendant toute la durée de la maladie, lorsque l'évolution de la tumeur a été complète peu de jours après son apparition ; enfin, après un laps de temps plus ou moins considérable, quelques points de la surface de la peau, qui est lisse, commencent à se bosseler légèrement. Bientôt apparaît un point rougeâtre, quelques petites douleurs lancinantes ; enfin un trajet fistuleux se fait jour à l'extérieur. On a beaucoup parlé des inégalités remarquées sur les testicules tuberculeux, on s'en servit comme de base pour le diagnostic ; c'est, à mon avis, un des meilleurs signes. On a prétendu aussi que cette affection se compliquait assez fréquemment d'hydrocèle. Dans tous les cas que j'ai observés, je n'ai jamais vu cet accident ; cependant j'ai entendu quelquefois dire qu'on l'avait rencontré. J'arrive donc aux fistules qui ont ordinairement l'ouverture peu considérable, d'une largeur variable, le plus souvent irrégulière, taillée à pic ; de sorte qu'au premier aspect on les prendrait pour des ulcères syphilitiques. Souvent unique, leur nombre est quelquefois de cinq ou six ; le trajet de ces fistules est souvent difficile à découvrir, et l'on ne voit souvent qu'une lame de tissu rougeâtre, lisse et polie. Tantôt, en introduisant un stylet, on pénètre directement dans l'intérieur de la glande ; tantôt, au contraire, on ne peut se frayer aucun trajet. Il y a toujours écoulement à l'extérieur d'un pus jaunâtre, mal lié, fluide, peu crémeux, enfin n'ayant pas l'odeur du pus de bonne nature. Si on l'examine au microscope, on y rencontre tous les signes

du pus tuberculeux, et dès lors on peut porter souvent un diagnostic qui auparavant n'était pas certain.

J'ai passé la revue des différents symptômes présentés par cette affection; il me reste à dire quelque chose sur la marche de ces derniers. On peut distinguer deux périodes bien distinctes : une première s'étendant depuis le début de la maladie jusqu'à l'apparition des fistules; une seconde, depuis leur apparition jusqu'au moment de leur fonte complète qui souvent amène un état extrêmement grave, et même quelquefois la mort du malade. Il faut cependant convenir que l'on n'attend pas jusque-là, et que l'on opère à temps, à la gloire du reste de la chirurgie. Dans la première période, nous trouvons donc l'apparition de la tumeur, son complet développement et cette espèce de *statu quo*, pendant lequel elle reste longtemps sans s'ulcérer. Dans la deuxième période, on a d'abord l'apparition des fistules, l'écoulement du pus, dont nous avons parlé plus haut, enfin le ramollissement, qui devient de jour en jour plus considérable, à mesure que la maladie fait des progrès. Les testicules malades disparaissent quelquefois complètement, et peuvent être réduits à une coque fibreuse. Si on lit l'article de Roux dans le Dictionnaire de médecine, on trouve une toute autre division. Pour lui, il y a trois périodes : 1^o période indolente, 2^o période de crudité, 3^o période d'ulcération. Je ferai remarquer que cet illustre chirurgien peut avoir observé les choses comme il l'indique; mais, d'après mon observation, d'après ce qui se passe chaque jour sous les yeux des chirurgiens, quelques symptômes indiqués par lui ne peuvent être rapportés au tubercule testiculaire, mais à d'autres affections sur la nature desquelles on n'était nullement d'accord, et sur lesquelles on a beaucoup discuté dans ces derniers temps.

Diagnostic. — Mon intention n'est pas ici de faire le diagnostic de toutes les tumeurs testiculaires entre elles; pour un certain nombre, la difficulté n'est pas très grande; je trouverais trop fastidieux de répéter ici ce qui a été écrit dans tout ouvrage chirurgical; mon idée est seulement de différencier de la manière la plus nette possible les tumeurs

qui, par leurs caractères réciproques, se ressemblent le plus entre elles, et qui, par conséquent, peuvent présenter quelque difficulté de diagnostic. Je chercherai donc simplement à distinguer entre eux : 1° les engorgements chroniques du testicule, 2° l'orchite syphilitique, 3° l'orchite tuberculeuse. Examinons les symptômes de chacune de ces affections.

Volume. — Dans l'orchite syphilitique et dans le sarcocèle, il y a augmentation de volume ; dans le premier cas, ce gonflement se fait lentement, et, chose remarquable, existe presque toujours accompagné d'hydrocèle, ainsi que cela se trouve noté dans une observation complète de l'ouvrage de M. Vidal (de Cassis). Ce gonflement présente aussi un autre caractère qui a une importance très grande et qui, lorsqu'il s'observe, ne peut laisser aucun doute ; c'est la possibilité de la disparition complète et rapide de la tumeur du côté malade pour se reproduire sur le testicule du côté opposé. Quant aux testicules cancéreux et tuberculeux, il n'y a rien de semblable. Dans ce dernier cas, l'augmentation de volume s'arrête bientôt, et reste stationnaire ; dans le sarcocèle, le volume augmente sans cesse, tantôt lentement, tantôt rapidement ; quelquefois il s'arrête un instant pour reprendre un peu plus tard son cours destructeur ; dans d'autres cas enfin, il peut acquérir un volume très considérable, ce qui pourrait en imposer pour un éléphantiasis des bourses.

Consistance. — Pour la consistance, dans le testicule cancéreux et tuberculeux, la différence n'est pas assez sensible pour servir à faire diagnostiquer sûrement cette affection.

Dans le syphilitique, elle est plus souple. Puis l'épididyme conserve le même état.

Forme. — La forme est variable suivant les tumeurs. Dans l'orchite tuberculeuse et cancéreuse on a une forme tout à fait irrégulière, dans ce dernier cas surtout. On arrive à la reconnaître à travers une couche de liquide plus ou moins épaisse et contenue dans la tunique vaginale. En augmentant de volume, elle peut prendre des formes très variables,

surtout si l'on examine la forme encéphaloïde. Dans l'orchite tuberculeuse, la surface est bosselée, parsemée le plus souvent de petites inégalités, ce qui l'a fait comparer au fruit de la mûre. Quelques chirurgiens ont prétendu que ce dernier signe n'existait que rarement ; pour moi, j'ai presque toujours rencontré cet état uniforme ; je le considère comme le signe pathognomonique de cette affection. Dans le testicule vénérien, la forme de l'organe n'est pas modifiée ; il se trouve simplement tuméfié ; enfin, il faut noter avec M. Ricord que, dans ce dernier cas, on ne trouve que le corps du testicule de malade et rien que lui. Les maladies du testicule qui se distinguent encore difficilement, ce sont les hydatides ; dans ce cas, la surface testiculaire est bosselée, comme on le voit dans le tuberculeux ; mais la marche est toujours croissante, et l'on y perçoit une fluctuation et quelquefois une collision qui pourra mettre sur la voie. Enfin, si le doute existait toujours, on pourra faire une ponction exploratrice.

Nombre. — Le nombre des tumeurs est souvent de la plus grande utilité et peut servir beaucoup pour confirmer le diagnostic. Dans le testicule cancéreux, la tumeur est presque toujours ou toujours unique ; dans le vénérien, il n'y a pas de tumeur, le corps du testicule est lisse ; dans le tuberculeux, les tumeurs sont en général très petites, très nombreuses dans la première période, et l'on en voit quelques-unes grossir pour fournir des trajets fistuleux.

Donc, quand l'affection occupera à la fois les deux testicules, on pourra affirmer presque à coup sûr que l'engorgement est vénérien, et traiter en conséquence ; lorsque, au contraire, la maladie n'occupera qu'un testicule, on pourra balancer entre le tubercule et le cancer ; mais alors on pourra se reporter sur les signes déjà étudiés et sur ceux qui restent à examiner pour enlever tous les doutes.

Douleur. — La douleur est variable suivant la nature de la tumeur. Dans l'engorgement tuberculeux, la douleur est continuelle ; elle ne présente aucune modification dans son acuité, reste toujours la même et se propage le plus souvent dans l'aîne et même jusque dans le bas-

sin. Dans le syphilitique, elle revient par accès, principalement la nuit, elle est aiguë, sans avoir cependant le caractère lancinant ; dans le testicule cancéreux, elle est lancinante, comparée à celle que produiraient des coups de canif, des aiguilles enfoncées dans cet organe si sensible ; elle revient par accès, indifféremment le jour et la nuit. Du reste, par le toucher, toutes ces douleurs sont considérablement augmentées et produites, lorsqu'elles n'existent pas spontanément.

Les autres tumeurs des bourses, telles que les kystes, les engorgements chroniques, sont au contraire presque complètement indolentes, ce qui peut servir à établir le diagnostic entre elles ; du reste, elles sont tellement rares, qu'il est oiseux véritablement d'y insister.

Poids. — Toutes ces tumeurs sont assez pesantes ; mais il n'existe pas, sous ce rapport, assez de différence entre elles pour être de quelque utilité dans le diagnostic.

Fluctuation. — Pour les kystes du testicule, la fluctuation n'est même pas sensible dans les premiers temps ; mais, lorsque la tumeur a augmenté de volume, elle est généralement plus facilement perçue. Dans les engorgements cancéreux, elle n'existe que très rarement. Il n'en est pas de même dans l'engorgement syphilitique ; mais, dans ce cas, c'est de la tunique vaginale qu'elle vient ; cette tunique renferme, en effet, plus ou moins de sérosité provenant de la propagation inflammatoire.

Il va sans dire que, dans toutes les tumeurs que nous venons d'examiner, il n'existe pas de transparence.

Antécédents. — Le diagnostic trouve, dans les antécédents, une grande importance. J'ai essayé de démontrer, au début de cette thèse, que toujours l'existence de tubercules était l'indice d'une diathèse générale. Par conséquent, toutes les fois qu'il existe des antécédents, soit héréditaires, soit propres au malade, on pourra présumer, d'une manière à peu près positive, que la tumeur testiculaire est tuberculeuse. Si, au contraire, on ne trouve rien dans les antécédents, si la santé a été toujours parfaite, si le tempérament du sujet est fort, il faudra, dans ce

cas, s'abstenir et examiner avec le plus grand soin s'il n'existe pas un germe cancéreux ou syphilitique, et suivant que l'on trouvera l'un ou l'autre, on portera un diagnostic certain, en ayant soin, toutefois, de s'aider des différents signes fournis par l'examen de la tumeur, signes qui sont d'une importance extrême, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut. Je résume en quelques mots les caractères qui permettront de distinguer ces trois espèces de tumeurs.

1^o Dans l'engorgement tuberculeux ou syphilitique, nous trouvons à peu près les mêmes signes ; mais, dans ce dernier, je ferai observer la possibilité qu'il a de se déplacer et d'occuper tantôt l'une, tantôt l'autre, et tantôt les deux glandes ; je ferai observer aussi que le plus souvent les deux testicules sont pris à la fois, tandis que dans l'orchite tuberculeuse il n'y en a qu'un. Dans le testicule vénérien, la maladie n'occupe jamais que le corps ; dans le tuberculeux, le corps et l'épididyme sont toujours pris. Les antécédents nous serviront beaucoup aussi à la seconde période, lorsque l'écoulement se fait à l'extérieur ; le microscope, s'il le faut, viendra lever tous les doutes. Il ne me reste donc plus qu'à différencier l'orchite tuberculeuse de l'orchite cancéreuse ; mais, la nature des douleurs, la marche de la maladie, la forme de la tumeur, la nature de l'écoulement qui se fait au dehors anéantiront, je crois, facilement la difficulté.

Pronostic. — Cette affection est grave, non pas à cause des suites de l'opération qui, grâce aux heureuses modifications apportées dans le manuel opératoire, ne présente pas généralement de dangers, mais à cause de la diathèse dont elle n'est qu'une manifestation. M. Vidal (de Cassis) a fait à ce propos des remarques assez intéressantes que je place ici, mais qui auraient pu aussi être bien à l'article *Étiologie*.

Tout le monde admet, et avec juste raison, cette loi posée par M. Louis, que, du moment qu'il existe des tubercules dans une partie de l'économie, il s'en trouve fatalement dans les poumons. Cette opinion a pourtant beaucoup de peine à être acceptée par certains médecins pour l'orchite tuberculeuse. M. Vidal (de Cassis) n'a pas osé réfu-

ter complètement cette loi, et voici la théorie qu'il a émise : La tuberculisation, pour lui, d'un seul testicule, indiquerait l'existence de la diathèse, tandis que celle des deux glandes ne serait qu'une affection purement locale. Cet auteur, pour donner plus de poids à cette idée, s'est appuyé sur des observations, et il en a cité deux, dans lesquelles il existait à la fois des tubercules dans un seul testicule, et d'autres dans les poumons. Dans deux autres cas, au contraire, où ils s'étaient formés dans les deux glandes, il n'existait pas de traces de phthisie pulmonaire. Mais je ferai observer qu'il n'est pas nécessaire, pour admettre l'opinion de M. Louis, que les tubercules existent à la fois dans les deux organes ; en effet, ce produit morbide ne se développe dans les poumons que longtemps après son apparition dans les testicules, souvent même, et c'est très important à noter, après que l'opération a été faite, ainsi que j'en ai cité un exemple plus haut. Pour accepter la proposition avancée par M. Vidal, il faudrait que cet observateur eût suivi ses malades pendant longtemps, et qu'il eût dit alors ce qu'il aurait observé. Donc, jusqu'à nouvel ordre, cette opinion est inadmissible pour moi ; elle l'est d'autant plus qu'elle est contraire à la logique. Comment ! parce que la maladie occupe un espace beaucoup plus considérable, parce qu'elle semble s'être enracinée plus profondément dans le sujet, on doit admettre qu'elle ne pourra pas se propager par cette seule cause ! Pour moi, le pronostic sera donc plus grave, selon que les deux testicules seront atteints à la fois ou bien séparément. Dans les deux cas, la diathèse pulmonaire est à redouter. Ces remarques sont très importantes, et pourraient conduire le chirurgien à ne jamais opérer. Il aurait tort ; car, lorsqu'on ne trouve pas de tubercules dans la poitrine, s'il n'y a aucun antécédent d'infection, on doit le faire ; en effet, les tubercules sont-ils à craindre ? Ils le sont, en général, dans un avenir éloigné, et qu'il n'est pas permis au chirurgien de limiter. Le plus souvent alors, il peut, par un traitement convenablement dirigé, anéantir cette prédisposition morbide.

Anatomie pathologique. — Le testicule se présente ici sous deux

rapports qui méritent d'être étudiés séparément. J'appellerai la première période, période de crudité, la seconde, période de ramollissement.

1° Période de crudité. — A l'époque de leur formation, les tubercules n'ont jamais été, que je sache, l'objet de recherches ; c'est qu'à cette époque, on ne tente jamais l'opération ; ce n'est donc guère que vers la fin de cette période ou de la seconde, que leur étude a pu être faite.

Dans la première période, le volume du testicule est égal à celui d'un œuf ; cependant quelquefois, ce dernier acquiert un volume plus considérable ; le scrotum, qui lui sert d'enveloppe, est d'un rouge foncé, tirant quelquefois sur le violet ; les plis, dont sa surface est chargée à l'état physiologique, ont disparu, et la peau est devenue lisse et tendue ; les autres enveloppes des bourses ne présentent rien de particulier à noter ; quelquefois, cependant, la tunique vaginale est épaissie et contient un peu de sérosité.

Nous arrivons maintenant à la tumeur elle-même.

La surface extérieure, ne présentant pas de bosselures, surtout à cette période, est lisse, et a un aspect nacré dû à la tunique albuginée ; en incisant la tumeur, d'avant en arrière, sur la ligne médiane, et, de bas en haut, de manière à tomber sur l'épididyme, on remarque les particularités suivantes : au milieu du tissu propre de la glande, qui se présente sous l'apparence d'un tissu fibreux très dense, on remarque des petits noyaux blanchâtres, disséminés souvent de la manière la plus irrégulière, et ayant des volumes variables ; quelques-uns sont gros comme des pepins de raisin et en ont à peu près la forme ; d'autres sont beaucoup moins grands, et semblables à des grains de chènevis.

Si l'on examine la tumeur à une période plus avancée, on trouve des masses tuberculeuses, et, autour de ces dernières, des noyaux de volume différent que nous venons d'indiquer.

Quelquefois, les choses sont disposées d'une manière toute diffé-

rente, et affectent des formes très régulières. Le plus souvent alors les tubercules sont disposés de la manière suivante : au niveau du corps d'Higmore existe un foyer de tubercules, qui, par les progrès de la maladie, ne tarde pas à se confondre et à ne plus former qu'une masse.

De ce centre d'infection rayonnent en tous sens des noyaux tuberculeux qui donnent au testicule par la coupe une apparence radiée ; ces noyaux ont conservé le volume de grains de raisin ; mais plusieurs ont acquis un volume plus considérable et, chose remarquable, c'est que ce sont les grains qui ont en apparence le plus petit foyer, qui arrivent au plus grand développement.

Voilà dans quel état on trouve la tumeur du corps du testicule : mais l'épididyme présente aussi des altérations, et le plus souvent même la maladie se présente sous un degré plus avancé que partout ailleurs. C'est ordinairement la tête qui est le plus chargée de tubercules, souvent même à un tel point qu'on ne peut y retrouver la trace de sa propre substance ; après, vient le corps, puis enfin la queue.

Deuxième période. — Dès que les tubercules ont acquis un volume considérable, ils commencent à se ramollir, et nous arrivons par conséquent à la seconde période ; mais une chose importante à constater, c'est la possibilité de l'écoulement du pus au dehors, sans que pour cela le ramollissement soit bien appréciable au centre même de la tumeur. Quelquefois la dissection ne donne que peu de ramollissement sans fluidité, et à l'extérieur cependant s'échappe ce liquide liquoreux, un peu grumeleux, assez fluide, dont nous avons parlé dans les symptômes.

Mais lorsque la maladie fait des progrès, les collections purulentes finissent par apparaître et par se vider plus ou moins complètement, quelquefois même assez pour permettre au testicule de ne plus apparaître que sous la forme d'une coque fibreuse, comme cela se trouve noté dans plusieurs observations prises dans le service de M. H. Larrey. Ce ne sont pas les seuls organes atteints ; on en trouve encore dans le canal déférent, dans la prostate, et, ainsi que l'a montré

M. Ricord à l'Académie de médecine, dans le canal de l'urèthre.

Une question d'anatomie pathologique assez importante se présente maintenant, c'est celle de savoir quel est le siège précis du tubercule, si sa place est entre les canalicules des testicules dans les mailles du tissu cellulaire qui existe entre eux ou dans l'intérieur même des canalicules.

Dans un certain nombre de dissections attentives, on est parvenu à isoler plusieurs de ces canalicules et à s'assurer ainsi s'ils étaient ou non porteurs de tubercules, et souvent, on est arrivé à des résultats affirmatifs.

Cependant, d'après ce qui semble se passer pour les autres organes, d'après les vues théoriques de M. Bouillaud sur le siège du tubercule, je suis tenté d'admettre l'idée contraire, d'autant plus que quelquefois on a pu faire cette expérience, mais que le plus souvent aussi elle a donné un résultat tout opposé. Ainsi, pour la deuxième observation, le testicule a été remis par M. Judée à L. Godart pour rechercher s'il en était ainsi, et ce dernier, après des recherches minutieuses, n'est arrivé à aucun résultat, sauf de constater, par le microscope, la nature tuberculeuse de la tumeur.

Traitement. — J'arrive maintenant au traitement, et je crois devoir poser en principe que, lorsqu'on est sûr de la nature tuberculeuse de la tumeur, il n'y a qu'un traitement, l'ablation. Cependant, je commence par dire que, dans beaucoup de cas, cette opération est entièrement inutile et ne peut en rien modifier l'état du malade. — Que voulez-vous, en effet, que fasse la disparition de la tumeur, quand les poumons sont pleins de tubercules? — Je crois qu'alors même, et c'est un fait d'observation, au lieu de retarder la mort, elle ne fait que l'accélérer. Ainsi, toutes les fois qu'il y a des signes de tuberculisation pulmonaire, il faut toujours se garder d'opérer. Cependant, le malade souffre sans cesse; il demande à être opéré. Quelle doit être alors la conduite du chirurgien? Il faut qu'il trompe son malade, qu'il cherche à adoucir ses douleurs en ayant recours aux moyens palliatifs; par exemple

les fomentations émollientes, le laudanum, etc., et qu'il évite d'employer tout moyen chirurgical ; car, au lieu de le soulager, il le fera souffrir davantage, sans pouvoir même avoir la consolation de se dire à lui-même qu'il a apporté un peu de soulagement aux souffrances du patient.

Quand, au contraire, on ne trouve aucun signe de tuberculisation du côté de la poitrine, que la santé générale est bonne, il faut tenter l'opération ; car enfin le malade, il est vrai, est sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, et, par conséquent, il peut lui survenir d'un jour à l'autre des tubercules ; mais aussi on ignore l'époque de leur apparition, et l'on est même en droit d'espérer qu'en le plaçant dans des conditions hygiéniques convenables, qu'en employant un régime fortifiant, on sera assez heureux pour faire disparaître, à la longue, cet état général si grave ; par conséquent, le devoir du médecin est d'opérer alors, et d'opérer même le plus promptement possible ; cependant, il doit bien se rappeler qu'avant de tenter l'opération, il faut qu'il soit sûr de son diagnostic et qu'il n'enlève pas un testicule capable de fonctionner pour un complètement détruit ; autrement dit, qu'il ne prenne pas un engorgement de cet organe, qui pour la plupart du temps est syphilitique, pour une tumeur tuberculeuse ; mais je ne puis mieux faire, à ce propos, que de placer sous les yeux du lecteur les remarques faites à ce sujet par le savant Delpech, qui écrivait à M. H. Larrey, à l'occasion des observations publiées dans le journal *la Clinique*, que pour lui, il ne tentait l'opération, qu'après un examen approfondi de la tumeur, et lorsqu'il était sûr de l'impossibilité de la guérison par d'autres moyens.

Maintenant que nous voilà parfaitement renseignés dans quel cas et pourquoi on doit opérer, je vais essayer de décrire le manuel opératoire en quelques mots ; non, je me trompe, je vais décrire les perfectionnements qui ont été apportés depuis peu de temps dans cette opération.

Mais, pour être bref et résumer le plus possible, je décrirai simplement les deux procédés qui me semblent réunir à eux deux tous les perfectionnements remarqués jusque dans ces derniers temps. Ce sont

ceux de M. H. Larrey et de M. Michon; mais auparavant, je dirai un mot du traitement du testicule tuberculeux par le chlorure de zinc. Ce traitement, qui a été employé un assez grand nombre de fois par M. Philippeaux, semble avoir donné quelques bons résultats. C'est pourquoi j'en parle ici; il consiste à introduire dans l'intérieur du trajet fistuleux, quelques morceaux de chlorure de zinc, qui bientôt détermine une large eschare. A sa chute, on en fait une nouvelle application, puis plusieurs autres, et quand on juge son emploi inutile, on le cesse complètement.

On ne tarde pas à voir le plus souvent la plaie se cicatriser; mais ce traitement, généralement très douloureux, est abandonné; de telle sorte que je crois devoir passer outre, et revenir au procédé de M. Larrey.

Procédé de M. Larrey. — M. H. Larrey suit la méthode ordinaire modifiée par Dupuytren.

Un aide saisit la tumeur à sa partie postérieure, de manière à la faire saillir; un autre pince le scrotum; alors M. Larrey commence sur le pli une incision qu'il prolonge en bas; le testicule paraît à l'extérieur, et, par une dissection, on le sépare de ses adhérences. Jadis il faisait une ligature au cordon tout entier; il a abandonné cette méthode; maintenant, il coupe le cordon et lie chaque vaisseau en particulier; cette méthode est généralement préférée aujourd'hui à la ligature en masse. S. Cowper a reproché à M. H. Larrey de ne pas réunir par première intention; c'est un tort, car la peau du scrotum, qui est très flasque naturellement, se roule en dedans, et forme un bourrelet qui arrête la cicatrisation; cet accident n'arrive pas par la réunion médiate; il fait tout simplement des pansements simples.

Procédé de M. Michon. — Après avoir placé le malade dans la position la plus convenable, après l'avoir chloroformisé, M. Michon pratique une large incision en raquette de haut en bas, d'avant en arrière, de manière à comprendre dans cette incision le plus de peau possible; il détruit ensuite les adhérences du testicule avec ses enveloppes au moyen d'une dissection attentive. Cet organe, une fois débarrassé et

serré dans une forte ligature qui embrasse avec elle toutes les parties constituantes du testicule; il pratique ensuite la section du cordon à un travers de doigt au-dessous de la ligature; il reste maintenant la réunion des bords de la plaie, et c'est ici que M. Michon a apporté quelques modifications heureuses que je vais mentionner. Il se sert, pour rapprocher les bords de la plaie, d'une suture enchevillée; seulement, au lieu de bâtonnets de bois, il emploie de petits fanons de charpie, et au pourtour de ces derniers, il entoure ces fils comme dans la suture enchevillée ordinaire. Les bords de la plaie s'élèvent ainsi de beaucoup sur les parties environnantes, et sont eux-mêmes rapprochés au moyen de serres-fines. Le lendemain, on enlève les serres-fines, et l'on a soin de conserver la suture enchevillée. Le deuxième jour, on détruit cette dernière, et le plus souvent la plaie est presque entièrement réunie.

Il ne me reste plus qu'à parler de la ligature du cordon qui, à elle seule, empêche l'oblitération complète de la plaie. Cette dernière ne s'enlève que difficilement, et seulement au bout de dix ou douze jours en prenant toutefois les précautions de tirailler tous les jours un peu sur les fils.

OBSERVATION I. — *Service de M. le professeur Larrey.* — A la salle 28, n° 13 du Val-de-Grâce, se trouve le nommé Delsot, âgé de vingt-huit ans, au service depuis sept ans.

Sa constitution est bonne; rien du côté de la famille.

Il y a quinze mois, il crachait un peu de sang. Pas d'amaigrissement, sueurs abondantes revenant à intervalles, diarrhée, un peu de toux qui devint fatigante; crachats abondants. Le 24 juin 1854, il entra à l'hôpital de Calais pour un point de côté qui était assez violent et qui céda à l'application de douze ventouses scarifiées. Trois jours après sa sortie, arthrite du genou droit. Entré à l'hôpital; sorti le 24 juillet.

Il part pour Paris, le 5 août, et entre à l'hôpital, le 7, pour son

testicule. A son entrée, on constate l'état suivant : Rougeur sur le scrotum droit ; mobilité de la peau des bourses ; augmentation de volume ; tumeur inégale, bosselée. Il est difficile de distinguer l'épididyme qui, au dire du malade, paraît avoir été pris le premier. Le malade ressent, depuis six mois, des douleurs spontanées qui sont assez violentes. Le cordon est sain ; on en distingue toutes les parties. On le soumet au traitement par l'huile de foie de morue ; frictions avec la pommade à l'iode de plomb.

Au mois d'octobre, la rougeur augmente, ainsi que la douleur ; amincissement de la peau. Il se forme à la partie antérieure du scrotum, à 1 centimètre de la ligne médiane un trajet fistuleux qui bientôt dégénère en ulcère de la grandeur d'une pièce de 2 francs, et laisse écouler un pus mal lié, d'odeur fade. Il s'écoule du pus jusqu'au 12 avril, et la suppuration diminue. Le 12 juin, les deux fistules sont fermes ; enfin, le malade reste à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce jusqu'au 10 juillet, jour où il demande sa sortie.

Aujourd'hui on trouve une cicatrice en étoile à la partie antérieure du scrotum, les bosselures ont disparu ; il y a encore un peu d'empâtement du testicule ; plus de douleurs ; la peau est adhérente au testicule ; l'épididyme est encore volumineux ; le cordon est sain. Le gauche n'a rien.

A la poitrine, rien ; respiration rude à gauche ; plus de toux ; plus de crachats. Interrogé sur les causes, le malade prétend qu'il y a trois ans, en faisant l'exercice et en courant, il se froissa le testicule ; il s'enfla, et il n'a jamais repris son volume normal. Ensuite, il y a quinze mois, à la suite d'une marche forcée, il ressentit des douleurs assez vagues ; de là a débuté l'affection. J'ai revu le malade depuis, il se porte très bien.

OBSERVATION II. — Salle Saint-Gabriel, n° 15, hôpital Notre-Dame-de-Pitié, service de M. Michon. — Le nommé X., vingt-quatre ans ; constitution bonne. — *Antécédents héréditaires.* — La mère est morte

à la suite d'une maladie qui la força à garder le lit pendant longtemps. Le père tousse depuis longtemps ; il a soixante-six ans ; les frères et sœurs du malade sont tous bien portants.

Antécédents propres au malade ; il n'avait jamais eu rien du côté des organes génitaux. Le 4 mars 1855, douleurs au testicule droit sous l'influence du plus léger effort. A partir de ce moment, le testicule a commencé à grossir, et, en trois jours, il avait acquis le volume qu'il conserve jusqu'à présent.

Au bout de trois jours, entrée chez M. Nélaton. Application de collodion. La douleur disparaît à la suite ; mais, malgré le collodion, pas de diminution de la tumeur. Au bout de dix-huit jours, emploi de l'onguent napolitain ; disparition des douleurs. La médication est continuée huit jours. Sortie de l'hôpital à la fin d'avril, sans amélioration dans la tumeur. Il va chez un charlatan qui donne un coup de bistouri, et la fait plonger dans l'eau glacée.

Il va consulter M. Velpeau. Sur son conseil, application de l'iodure de plomb. A l'intérieur, iodure de potassium ; persistance des douleurs ; état général bon ; bon appétit. Le testicule gauche est normal ; le droit est gros comme un œuf. A la partie antérieure, trou circulaire ; par cette ouverture, sortie de pus épais. A côté, petite fistule ; le malade est opéré par le procédé de M. Michon. Le lendemain, le malade est bien ; les jours suivants, le mieux continue, mais par quelques points de sa plaie coule un pus mal lié. Léger gonflement autour de cette plaie.

L'examen de la tumeur donne ceci : Volume d'un œuf ; coloration d'un rouge foncé. En incisant, on remarque des petits tubercules. La substance du testicule semble avoir disparu ; consistance crémeuse. Le tissu renaît dans certains points du testicule. On trouve çà et là de petits grains tuberculeux à disposition radiée. D'après M. Godart, qui les a examinés au microscope, ils existent dans l'intérieur des canalicules. Au niveau de la masse tuberculeuse principale, il est impossible d'affirmer le fait, car on ne peut disséquer. Quant à la matière tuberculeuse, elle est bien constatée.

L'épididyme n'offre rien de particulier. Il est à peu près sain ; la queue de l'épididyme offre néanmoins quelques traces de tubercules.

OBSERVATION III. — Tubercules du testicule. Résection. Phthisie. — Elle est de M. Jarjavay. Il y a complication avec les tubercules pulmonaires (*Gaz. des hôp.*, 1850, p. 257). Un jeune homme de dix-huit ans entre à la Clinique le 20 juillet. Pâle, lymphatique ; il n'a pas eu de contusion aux bourses. Rien dans ses souvenirs qui puisse motiver l'inflammation du scrotum.

Il y a trois mois, il vit apparaître une tumeur à la partie inférieure du testicule droit ; pas de douleur ; peau chaude. Application de sangsues. Pas d'amélioration. Entrée à l'hôpital. Le cordon est sain. On distingue deux parties à la tumeur, l'une dure, limitée, l'autre molle, fluctuante. En dehors, petite fistule donnant un pus grumeleux. Incision qui fait reconnaître une cavité limitée par des parties indurées. Cataplasmes, huile de foie de morue.

Le 22 juillet, pas de changement.

Le 2 août, diminution.

Le 7, excision de la peau décollée et résection des bords de la tumeur. Cautérisation de la plaie avec la teinture iodée qu'on répète tous les deux jours. Les bourgeons charnus se développent. Guérison.

Ici, épiphénomènes. A l'entrée, rien du côté de la poitrine ; au moment où la plaie commence à guérir, la poitrine se prend, la tuberculisation marche.

OBSERVATION IV. — M. le professeur Larrey a eu la bonté de me communiquer cette observation.

X..., officier de l'armée d'Afrique, âgé de 38 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique ; vers l'âge de quinze ans, le testicule droit remonta vers l'anneau inguinal sans redescendre dans les bourses. Il prétend que cet accident lui arriva à la suite d'un coup de pied de cheval. Quelque temps plus tard, il eut une autre con-

tusion qui détermina, selon lui, un mois après, un engorgement du testicule engagé dans l'aîne.

Cet officier réclama aussitôt les soins de M. Vital, de Constantine, qui trouva l'existence d'une orchite devenue déjà chronique et présumée tuberculeuse, d'après l'exploration de la poitrine et la santé générale. Le traitement employé par ce célèbre chirurgien reste sans effet; le malade quitte l'Algérie et est adressé à M. le professeur Larrey, qui, après avoir examiné la tumeur avec l'attention qui le caractérise, se décida à faire une ponction exploratrice par laquelle le diagnostic fut confirmé.

Après avoir inutilement employé les vésicatoires, les saignées locales, l'iode, une consultation fut demandée; M. Velpeau admit une dégénérescence cancéreuse; M. Louis pencha pour l'orchite tuberculeuse.

A ce moment, la tumeur formée entièrement par le testicule occupe toute la région de l'aîne, du volume de la tête d'un fœtus à terme, soulevant la peau, d'une consistance ferme, résistante; il y a douleur à la pression, mais presque pas de douleur spontanée. (M. le professeur Larrey a eu la bienveillance de me montrer le dessin de cette pièce.) Enfin, l'opération est pratiquée par cet habile chirurgien; elle ne dura pas cinq minutes; aucun incident n'arriva pendant l'opération. On examine la tumeur, elle pèse 550 grammes; elle a 0,14 de longueur, 0,10 de largeur, et 0,07 d'épaisseur; sa surface externe, recouverte par une portion de la tunique vaginale, est ferme, résistante; enfin, l'examen du microscope fait découvrir l'élément tuberculeux. Pendant le traitement, il ne se passa rien de remarquable, sauf une faible hémorrhagie qui céda bientôt à l'emploi de la glace. Enfin, un mois ensuite, il est sorti de l'hôpital, très bien guéri. Le malade est revenu plusieurs fois remercier son opérateur, qui l'a, du reste, toujours trouvé très bien.

OBSERVATION V. — (*Journal la clinique*, 9 juin 1832). — Hôpital militaire de la Garde. — M. H. Larrey.

C. Maurice, âgé de vingt-huit ans, soldat au 5^e régiment de la garde, s'aperçut, en 1829, que son testicule droit était le siège d'une grosseur. Aucune cause ne semblait avoir produit cette tuméfaction. Elle augmenta en peu de temps, mais sans douleur ni gêne pour les exercices. Le chirurgien-major du régiment appliqua des sangsues et des cataplasmes, mais sans succès.

La malade entre à l'hôpital de la Garde, le 10 mars. Il avait ressenti quelques douleurs jusque dans l'aîne pendant les derniers froids. Sangsues, cataplasmes, frictions, huile de camomille camphrée. Effets nuls. La tumeur augmente de plus en plus, dure, bosselée; perte de sensibilité. Bientôt se forma un abcès dont les limites tendaient sans cesse à s'étendre. Le quatrième jour, il fut ouvert, et il en sortit du pus sanguinolent. M. Larrey diagnostiqua une orchite tuberculeuse. Voyant que la suppuration augmentait et semblait venir du parenchyme, il introduisit un stylet, et reconnut que l'organe était malade dans sa texture. Il se décida à l'ablation qui fut faite le 1^{er} avril. On examina le testicule; il présentait vers son milieu des points de suppuration. Après l'opération, il y eut insomnie, douleur et fièvre. Bientôt le calme se rétablit. La cicatrisation s'est terminée avant la fin du mois, et le malade est sorti de l'hôpital.

Il n'y avait rien du côté des poumons.

OBSERVATION VI. — (Gros-Caillou, M. Larrey, 1850). — *Orchite tuberculeuse*. — Abrinard, soldat au 7^e d'artillerie, entre à l'hôpital le 11 février; il a reçu un coup de pied de cheval sur la cuisse qui a un peu contus le testicule droit; il y a un mois que l'accident est arrivé, il a éprouvé d'abord peu de douleur, mais quelques jours plus tard il entra à l'infirmerie pour des douleurs violentes qui venaient de se déclarer; traité par les émollients, il survint un phlegmon qui le força à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on trouve une tumeur siégeant dans le scrotum droit; sa forme est allongée; la tumeur est plus dure et plus sensible vers

son sommet ; vers sa partie inférieure, au contraire, elle est molle et fluctuante ; point de transparence à la lumière ; le scrotum offre en outre un abcès phlegmoneux dont l'ouverture a été pratiquée et a donné issue à une assez grande quantité de pus. On prescrit les émollients et les cataplasmes. L'état général du malade est satisfaisant.

Le 20, la plaie du scrotum, correspondant au testicule droit, et que l'on a faite pour donner issue au pus, tend à s'agrandir ; la suppuration est très abondante.

Le 1^{er} mars, la plaie continue à s'ulcérer, il apparaît des fongosités sur les bords ; le testicule devient dur, bosselé ; la couleur du pus, de jaunâtre qu'elle était, devient séreuse.

Le 10, même état, pansement simple.

Le 20, volume du testicule augmenté, toujours dur, bosselé. On fait prendre l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes.

Le 5 avril, pas de changement. M. Larrey penche pour une dégénérescence cancéreuse, il cautérise plusieurs fois avec le fer rouge, il continue l'iodure de potassium pendant deux mois. Pas de changement. L'état général du malade est plus mauvais.

M. le professeur Larrey, après avoir examiné avec le plus grand soin la poitrine, et l'avoir trouvée intacte, se décide à l'ablation, qui est pratiquée le 2 août.

Le 3 août, nuit agitée ; le 4, tissus de la plaie à peu près réunis. On prescrit un léger laxatif ; du 4 au 12, rien de particulier.

Le 13, la ligature tombe ; le 16, la cicatrisation est complète.

Examen de la tumeur. — On trouve tous les caractères de la tuberculisation, tubercules crus, ramollissement, et même en certains points, masses tuberculeuses.

OBSERVATION VII. — (*Gazette des hôpitaux*, 5 juin 1841). — Hôpital Saint-Louis. Service de M. Jobert de Lamballe. — *Sarcocèle tuberculeux. Castration.* — Au n° 27, salle Saint-Augustin, le nommé Lecler, quarante ans, domestique.

Le testicule droit est très augmenté de volume; il est gros comme un œuf de dinde, inégal, offrant des points saillants, les uns ramollis et sensation fluctuante; les autres durs et devenant sensibles à la pression.

La peau du scrotum est rouge, irritée, adhérente par places. On y remarque plusieurs cicatrices, plus une fistule sur la partie antérieure et supérieure, paraissant répondre à l'épididyme que l'on ne peut distinguer du corps du testicule. Le cordon est sain, le testicule gauche présente un peu de gonflement de l'épididyme. Santé générale mauvaise, depuis deux mois amaigrissement, digestions faciles.

Antécédents du malade. — Né de parents exempts d'affection cancéreuse et tuberculeuse, il s'est lui-même toujours bien porté. Il y a un an, il eut une blennorrhagie qui tomba dans les bourses. Le testicule gauche fut pris d'abord, l'orchite se dissipa en quelques jours; le droit se prit ensuite. Entré dans un hôpital, on lui mit un vésicatoire, à la suite duquel un abcès se forma, fut ouvert, et ensuite d'autres apparaissent; on les ouvrit, et une des incisions resta fistuleuse; c'est celle qui existe encore et dont nous avons parlé plus haut.

Le chirurgien, qui lui donnait ses soins, lui proposa la castration, qui fut acceptée, mais un rhume violent qui se déclara fit craindre une tuberculisation pulmonaire, et l'opération fut différée, et le malade sortit pour refaire sa constitution.

La bronchite disparut, mais la maladie testiculaire continua et affaiblit le malade par la suppuration.

Diagnostic. — Pas de doute; aucun des caractères du cancer. Au contraire, on reconnaissait l'aspect inégal de la tumeur, parsemée de ramollissement, de pus blanchâtre, crémeux, n'ayant aucune mauvaise qualité, ni odeur, ni âcreté. Tout annonçait un sarcocèle tuberculeux.

Sauf l'amaigrissement, la santé générale était bonne; rien du côté du ventre ni de la poitrine; respiration large; vésicules.

Le 19 avril 1841, M. Jobert opéra la castration, sauf la ligature

des artères, qui fut faite séparément. Il n'y eut rien de remarquable, vu que M. Jobert n'aime pas la ligature en masse.

Dissection du testicule. — Tissu propre du testicule presque entièrement détruit. A peine en restait-il quelques traces à la partie inférieure ; le reste de la tumeur était formé par des foyers purulents. On y voyait des masses tuberculeuses à divers degrés de ramollissement, et l'on ne trouvait en aucun point des traces d'induration squirrheuse. Le malade est guéri sans accident ; santé générale très bonne ; la nutrition se fait bien.

Chose remarquable à noter ; c'est que le malade, depuis l'époque de la blennorrhagie, ne s'est pas livré une seule fois au coït, et n'a eu aucune perte séminale. Mais depuis l'ablation, il a eu trois éjaculations involontaires pendant le sommeil. Ensuite la cause est remarquable, en ce que cette affection est survenue à la suite d'une orchite qui d'abord envahit le testicule gauche, puis le droit où elle se forme par tuberculisation.

Le malade sort bien guéri.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De la contractilité comme puissance naturelle. — Faire des applications à la contractilité musculaire.

Chimie. — De l'acétate de cuivre.

Pharmacie. — Des acides minéraux et végétaux employés en médecine. — Traité des préparations pharmaceutiques dont ils sont la base.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des malvacées.

Anatomie. — Enveloppes du rein. — Caractères propres à chacune des substances qui enveloppent le rein.

Physiologie. — Phénomènes de la contraction musculaire.

Pathologie externe. — Cancer du rectum.

Pathologie interne. — De la présence des matières stercorales dans les intestins. — Caractères qui servent à les constater.

Pathologie générale. — De l'étiologie des tubercules.

Anatomie pathologique. — Péritonite aiguë et chronique.

Accouchements. — De la délivrance.

Thérapeutique. — De l'influence de l'iode dans les maladies scrofulieuses.

Médecine opératoire. — Parallèle entre la taille et la lithotritie.

Médecine légale. — De l'appréciation de l'état mental dans les cas d'idiotisme et d'imbécillité.

Hygiène. — De l'humidité atmosphérique dans ses rapports avec la santé.

Vu bon à imprimer.

NATALIS GUILLOT, président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--